



**LISTA DE COMPROBACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA  
LOS PAGOS SUPLEMENTALES ESTATALES (SSP) DE DDD**

ELIGIBILITY CHECKLIST FOR  
DDD STATE SUPPLEMENTARY PAYMENTS (SSP)

Servicios de Asistencia Residencial / Familiar

FECHA

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	REGIÓN
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	C/RM

**CRITERIO DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SSP**

- Debe ser un cliente elegible de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo, **y**
- Debe actualmente calificar o recibir asistencia en efectivo del Ingreso Suplemental del Seguro (SSI), o ser posteriormente elegible para SSI excepto si recibe beneficios DAC, **y**
- Debe haber recibido SSI en lugar de servicios **financiados únicamente por el estado** entre agosto de 2002 y el presente, **o bien** haber recibido o calificado para los servicios entre marzo de 2001 y junio de 2003, **y**
- Debe continuar demostrando la necesidad para estos servicios **financiados únicamente por el estado**.
- Una persona puede calificar para recibir SSP en más de un área de servicio.

**ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SSI**

	Sí	No
¿Es elegible actualmente esta persona o recibe asistencia en efectivo del SSI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sería la persona elegible para SSI excepto porque recibe beneficios de DAC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta a ambas preguntas es "No", el cliente no califica para recibir SSP.

**ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA**

¿Recibió esta persona SSP en lugar de uno o más de los siguientes programas entre agosto de 2002 y el presente, o recibió un servicio que lo califique entre marzo de 2001 y junio de 2003?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene esta persona actualmente la necesidad de servicios financiados únicamente por el estado a través de uno o más de los siguientes servicios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marque todo lo que se aplique:		
Asistencia Familiar	<input type="checkbox"/>	
Servicios Residenciales (Servicios 1099 únicamente)	<input type="checkbox"/>	
Programa de Colocación Voluntaria	<input type="checkbox"/>	
Hogar Familiar para Adultos	<input type="checkbox"/>	
Atención en Residencia para Adultos (ARC)	<input type="checkbox"/>	
Vivienda en Grupo de DDD	<input type="checkbox"/>	
Vivienda con Ayuda	<input type="checkbox"/>	
Vivienda Alternativa	<input type="checkbox"/>	
Atención de Acompañante de Agencia	<input type="checkbox"/>	
Hogar de Acompañante	<input type="checkbox"/>	
Pensión del Servicio / Pensión del Cliente	<input type="checkbox"/>	

Si la respuesta a cualesquiera de estas preguntas es "No", el cliente no es elegible para recibir SSP.

Esta persona  es  no es elegible para recibir SSP.

NOMBRE DEL CLIENTE:

**Para ser completado por el representante del cliente.**

**AGENTE COBRADOR**

En tanto reciba financiamiento de SSP, acuerdo que el dinero proveniente de SSP sea enviado a mi agente cobrador:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	PARENTESCO CON EL CLIENTE	
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

**La elegibilidad para SSP se basa en las necesidades evaluadas para servicios. Los cambios en su situación de vivienda o proveedor de Asistencia Residencial pudieran afectar su necesidad para dichos servicios. Sírvase proporcionarnos el nombre de su proveedor de Asistencia Residencial.**

NOMBRE DEL PROVEEDOR / PROGRAMA	NÚMERO DE TELÉFONO
---------------------------------	--------------------

**RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE Y DEL AGENTE COBRADOR**

- Acuerdo notificar al administrador de recursos / caso o trabajador social de DDD si quisiera cambiar de proveedor.
- Acuerdo notificar a DDD si hubiera algún cambio en mi elegibilidad para recibir asistencia en efectivo de SSI.
- Acuerdo notificar a DDD si hubiera algún cambio en mi situación de vivienda.
- Acuerdo notificar a DDD si hubiera algún cambio de agente cobrador. He recibido la información del beneficiario de SSP.

**SÍRVASE FIRMAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO A DDD**

Doy fe que la información en este formulario es correcta.

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE DSHS	FECHA

cc: Plan de Servicio del Cliente